Allegato N. 1 all’avviso pubblico campagna vaccinale anti SARS – COV – 2

Fac simile domanda in carta semplice

 Al Direttore Generale

 dell’ATS della Città Metropolitana di Milano

 Corso Italia n.52

 20122 Milano

 ufficioconcorsi@ats-milano.it

Il/La sottoscritto/a………………………………………..…nato a …………… il ………………………………. e residente a ……………..………….. in via……………………………………..…………… n ………… c.a.p. ……...….

**CHIEDE**

di partecipare all’ “Avviso pubblico volto alla creazione di un elenco di volontari disponibili a prestare attività finalizzate all’attuazione del piano somministrazione dei vaccini presso le ASST e IRCSS, facenti parte del territorio di competenza dell’ATS della Città Metropolitana di Milano”.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. n.445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità:

1. di essere in possesso del seguente titolo di studio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

conseguito presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

oppure

di essere in possesso del seguente titolo di studio conseguito all’estero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e riconosciuto in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con Decreto n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

1. di essere residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(CAP\_\_\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_;
2. di essere cittadino italiano/a,

oppure

di appartenere ad un paese dell’Unione Europea, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(indicare quale);

oppure

di non appartenere ad un paese dell’Unione europea, ma di essere cittadino \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(indicare quale);

oppure

di essere in possesso di permesso di soggiorno in corso di validità\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(indicare estremi);

1. di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

oppure

di non essere iscritto nelle liste elettorali per i seguenti motivi\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

1. di essere iscritto all’ordine/albo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con numero di iscrizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. di essere in possesso del seguente codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
3. di non avere subito condanne penali

oppure

di avere riportato le seguenti condanne penali\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

1. di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali, in Italia/estero;

oppure

di essere a conoscenza di essere sottoposto ai seguenti procedimenti penali, in Italia/estero\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

1. di lavorare presso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

oppure

di essere collocato in quiescenza dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

oppure \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

1. di esprimere preferenza per le seguenti ASST/IRCSS (è possibile sceglier una o più ASST/IRCSS)

|  |  |
| --- | --- |
| **ENTE** | **INDICARE SI o NO** |
| IRCSS Istituto Nazionale dei Tumori |  |
| IRCSS Istituto Neurologico Carlo Besta |  |
| IRCSS Ospedale Policlinico di Milano |  |
| ASST Grande Ospedale Metropolitana Niguarda |  |
| ASST Santi Paolo e Carlo |  |
| ASST Fatebenefratelli Sacco |  |
| ASST Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/CTO |  |
| ASST Rhodense |  |
| ASST Nord Milano |  |
| ASST Melegnano e della Martesana |  |
| ASST Lodi |  |
| ASST Ovest Milanese |  |

1. Di offrire disponibilità
* Per il periodo da ………………..a……………………………….. (mesi)
* Articolando la presenza settimanale nei giorni sotto indicati (contrassegnare i giorni):

|  |  |
| --- | --- |
| Lunedì |  |
| Martedì |  |
| Mercoledì |  |
| Giovedì |  |
| Venerdì |  |
| Sabato |  |
| Domenica |  |

1. Dichiara di eleggere il seguente domicilio quale indirizzo presso il quale deve, ad ogni effetto, essere fatta ogni comunicazione inerente il presente avviso, impegnandosi a comunicare le eventuali successive variazioni ed esonerando l’ATS da qualsiasi responsabilità in caso di propria irreperibilità:

presso……………………………………………………………………………………

Via/piazza…………………….………………………n……c.a.p…………….…….

Città……………………Provincia........................................................

telefono n. ………………….…………Cellulare ………………………………..

P.e.c. …………………………………………………………………………………….

1. Dichiara di manifestare il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del D. Lgs. n. 196 del 30.06.2003 e ai sensi dell’art 13 del GDPR (Reg. UE 679/2016), per gli adempimenti connessi alla presente procedura. Il sottoscritto allega alla domanda documento d’identità in corso di validità.

Data ……………………… Firma

 ………….………………………

N.B.: Fermo restando quanto previsto dall’art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, qualora dal controllo di cui all’art. 71 del medesimo decreto emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

**N.B. Allegare fotocopia documento identità.**